**附件2：**

云南省中西医结合学会

中西医协同发展工作委员会委员申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 党派 |  |
| 专业 |  | 最后学历 |  | 外语语种 |  | 职务职称 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 通讯地址 |  |
| 电子邮箱 |  | 邮编 |  |
| 参加何社会社团，任何职务？ |
| 工作经历及主要论文、著作、成果： |
| 从事中西医结合工作情况： |
| 单位意见：（必须盖章） 年 月 日 | 分会意见年 月 日 |